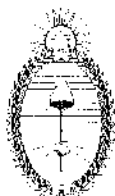


C.O.P.A.



Ministerio Público de la Defensa

ACOMPAÑO COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

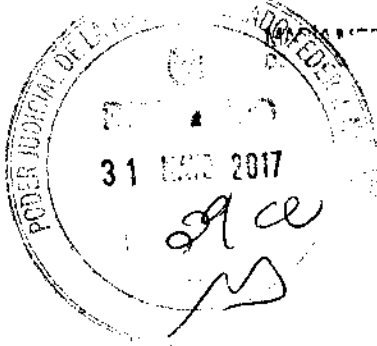
Sr. Juez Federal N° 3:

María Mercedes Crespi, Defensora Pública Oficial en relación a los autos caratulados **"CRUZ, SILVIA MARCELA Y OTROS C/ MINISTERIO DE ENERGIA Y MINERIA DE LA NACION S/AMPARO AMBIENTAL"** – EXPTE. FCB 21076/2016 manteniendo el domicilio en autos constituido, CUIL 27-22144076-0, comparezco y DIGO:

Que vengo por el presente a acompañar copia de Historia Clínica de Nina Isabel Olmedo y prescripciones médicas presentadas en esta Defensoría con fecha 18/05/2017 por la Sra. Paula Ferreyra, a los efectos que estime corresponder.

USO OFICIAL

Provea de conformidad.



EPICRISIS

<p>1 - APELLIDO Y NOMBRE: <u>ALMOS NIÑA FABEL</u></p>	<p>2 - H.C. N°: <u>4532647</u></p>
---	------------------------------------

3 - FECHA DE INGRESO: 20/04/17 FECHA DE EGRESO: 02/05/17 DIAS DE ESTADA: 6 días

4 - ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD Y ESTADO AL INGRESO: Pt. de 9 años, derivado de Consultorio Externo, con APP de Broncopneumonia sin control con Neumomolpre, que comienza el 25/04 con dificultad respiratoria. Se indican 2 Salmol + Dexacortona IM. No mejora. Dereture. Se decide su ingreso.

5 - DIAGNOSTICO PRESUNTIVO AL INGRESO: (1) SDRN (2) Crisis Asmática

6 - EVOLUCION Y SINTESIS DE LA ENFERMEDAD Y DEL TRATAMIENTO: llega del ingreso. GB: 13.800 (20/4/17) - Hb: 13.7 - Hto: 47.4 - VSG: 13 - PCR: 1.2 - Rx de Tórax: Infiltrado intersticial bilateral. Signos de Atrapamiento Aéreo. Se indica: O₂ con máscara, nebulizaciones, Metilpredn Solane (EU). Se retira O₂ el 30/04 con buena tolerancia. Se realiza TC con Neumomolpre. Indice Hto. pendiente al ALTA.
Alte Hospitalario

7 - DIAGNOSTICO AL EGRESO: ASMA BRONQUIAL

ANATOMICO: _____
 FUNCIONAL: Crisis Asmática
 ETIOLOGICO: _____

8 - ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA EL FUTURO: Tto. al ALTA:
(1) Aerosol combinado: (Frenet®) 2 puffs x la mañana y 1 puff x la noche.
(2) Salmol 2 puffs c/ 6h por 48 hs.

9 - OBSERVACIONES: (3) Control el mes próximo.
(4) Signos de Alarma.
(5) Control por Neumomolpre.

10 - CAUSA DE FALLECIMIENTO: (5) Control por Neumomolpre. AUTOPSIA: SI NO

11 - INTERVENCIONES QUIRURGICAS: SI NO DIAGNOSTICO: _____

12 - COMPLICACIONES POST OPERATORIAS: SI NO DIAGNOSTICO: _____

13 - COBERTURA SOCIAL: _____

14 - N° DE AFILIAAO: _____

15 - GRADO Y TIEMPO ESTIMADO DE INHABILITACION LABORAL: _____

16 - FECHA INDICADO DE REINGRESO AL TRABAJO: _____

FIRMA ACLARADA JEFE DE SERVICIO

FIRMA ACLARADA DEL MEDICO

Lorena Castro Magui
Médica de Familia
M.P. 28330/2 - M.E. 12291

COMITE DE HISTORIAS CLINICAS

FECHA:.....

- | | | | |
|-----------------------------------|----------|----------|-----------------|
| 1 - H. CLINICA CONFECCIONADA: | SI | NO | OF. ESTADISTICA |
| 1-1 EN TERMINO (48 HDRAS) | SI | NO | |
| 1-2 SEGUN NORMAS | SI | NO | |
| 2 - H.C. DE ADMISION COMPLETA | SI | NO | |
| 3 - H.C. DE SALA COMPLETA | SI | NO | |
| CANTIDAD | SI | NO | |
| 4 - EVOLUCIONES SUFICIENTES | | | |
| CALIDAD | SI | NO | |
| 5 - ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS | | | |
| 5-1 EXCESIVOS: | SI | NO | |
| 5-2 INSUFICIENTES | SI | NO | |
| 6 - H.C. COMPAGINADA SEGUN NORMAS | SI | NO | |

7 - OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8 - MIEMBROS DE LA COMISION DE H.C.

FIRMA ACLARADA

FIRMA

FIRMA

FECHA:.....

9 - MEDICO DE CABECERA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA ACLARADA JEFE DE SERVICIO

FIRMA ACLARADA

Hospital Pediátrico del Niño Jesús

Av. Castro Barros 650 - Córdoba - Tel.: 4346060/81/62

Rp.:

Padre

2 cafeína y nurosa
2 daf y nurosa

Hospital Pediátrico del Niño Jesús

Av. Castro Barros 650 - Córdoba - Tel.: 4346060/61/62

Rp.:

Deja control que le pte

Dr. Carlos E. E. E. E.

Dr. S1037387 presento

ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE,

requiere tratamiento preventivo

y controles con Neumodolipir.

Para ser postado por

controlado

Lozano Castro M. B. 1888
M. B. 1888 - M. B. 1888
M. B. 1888 - M. B. 1888

Rp.:

Indicaciones:

1) Frente 2 puffs por la

lateral y 4 puffs por la

noche

2) Selbstanol 2 puffs c/

6 hrs por noche

3) Control al Ovario por Sebe

4) Control con Neuromodulador

5) Siguió de Alame

Objetivo de la Constitución Argentina
 Ello, los representantes del pueblo de la Nación
 Argentina, reunidos en Congreso General
 Constituyente por voluntad y elección de las
 provincias que la componen, en cumplimiento de
 pactos preconstitucionales, con el objeto de constituir la
 unión nacional, afianzar la justicia, consolidar la
 paz interior, proveer a la defensa común, promover
 el bienestar general y asegurar los beneficios de la
 libertad para nosotros, para nuestra posteridad y
 para todos los hombres del mundo que quieran
 habitar en el suelo argentino; invocando la
 protección de Dios, fuente de toda razón y justicia;
 ordenamos, decretamos y establecemos esta
 Constitución para la Nación Argentina.

EL NÚMERO DE UN OTORGADO ES ÚNICO E
 INTRANSFERIBLE. TE ACOMPAÑARÁ TODA TU VIDA.

③

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
 DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

APELLIDOS: **OLMEDO**

NOMBRES: **Nina Isabel**

Clase: **2011** DNI: **51.037.397** Sexo: **MF**
(Indicar si no corresponde)

Nació el: **23** de **Junio** de **2011**


en: **Córdoba** Part. o Dpto.: **Córdoba**


Provincia: **Córdoba** Nación: **Argentina**

Tipo y N° de documento del denunciante: **INT 24.394.991**

Firma del denunciante: *[Firma]*

- Apetito
- Auscultación al espirar
- Aleteo nasal
- Helder enteroteste
- Vómitos
- Fiebre (38°C o más)
- Volver a
- Volver


 Lorena Castro Maggi
 Médica de Familia
 M.P. 28936/2 - M.E. 1220

Domicilio: Calle 5 de Mayo N° 782
 Piso: 2do Dpto: S
 Ciudad o Población: San Antonio
 Barrio: Central
 Provincia: Córdoba
 Origen Ident.: 2602
 Fecha de identificación: 28 de Julio
 Este documento deberá ser actualizado al llegar la persona identificada a la edad de 5 y hasta los 8 años de edad.
 Sin actualización, este documento será válido hasta el día en que el identificado cumpla los 8 años de edad. (Con. Art. 10, Ley 17.671 y sus modif.)
 Sello: 
 REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
 REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD
 ACTUALIZACION
 OF. Scc. N°
 Fecha:
 Firma Jefe Of. Scc.
 Firma del Identificado
 NO COLOCAR FOTO NI TOMAR IMPRESION DIGITAL HASTA SU ACTUALIZACION
 FOTO 3x4 FONDO CELESTE 3M PERFIL DERECHO
 Cumplida la primera actualización, este documento tendrá validez hasta 180 días corridos computadas a partir de la fecha en que el identificado alcance los 18 años de edad. (Con. Art. 16, Ley 17.671 y sus modif. - Dto. N° 236/04)